Rok XXX. Kraków, 5 Września 1891. Nr. 36.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Pierwotny rak kości goleniowéj, wytworzony w jamie kostnéj po zapaleniu szpiku (*osteomyelitis*)

opisał

Prof. Dr. Longin Feigel
prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

(Z 2 rycinami).

Pierwotne raki odnóg dolnych przedstawiają w porównaniu z podobnemi nowotworami innych części ciała stosunkowo bardzo rzadkie zdarzenia. Okoliczność ta jest uderzającą i dziwną wobec tego, iż wiadomo nam obecnie powszechnie, jak chętnie i często rak rozwija się w miejscach uległych poprzednio mechanicznym urazom rozmaitego rodzaju, jakoto: w miejscach zajętych wilkiem, na bliznach po oparzeniu, po stłuczeniach i t. p., odnogi zaś tak górne jak dolne ciężko pracujących robotników tak łatwo i często bywają narażone na podobne szkodliwości; rak n. p. dłoni, tak często podpadającéj najrozmaitszym urazom, opisany jest dotychczas w jednym tylko znanym przypadku przez Rysz. Volkmanna.

Pomiędzy temi rakami, które, jakto poniżéj bliżéj opiszemy, mogą mieć rozmaite źródła powstania, stosunkowo bardzo rzadkiemi są przypadki tego rodzaju, jak ten który opisać zamierzam, t. j. przypadek, w którym rak rozwinął się w jamie kostnéj, powstałéj wskutek długotrwałego zapalenia szpiku kostnego tak dalece, iż w całem piśmiennictwie zaledwie opisanych jest kilka naszemu przypadkowi zupełnie podobnych. Już więc sama rzadkość, niemniéj jednak i wielorakie a bardzo ciekawe stosunki, jakie przypadki te przedstawiają tak dla chirurga, jak dla anatoma patologicznego, usprawiedliwia dokładne opisanie i omówienie naszego przypadku. Przebieg choroby jest pokrótce następujący:

Chora Maryja R., 40 lat licząca, wieśniaczka, wstąpiła na oddział chirurgiczny szpitala powszech. lwowskiego dnia 24 lutego 1891 r. z cierpieniem podudzia prawego. Podaje ona, że gdy miała 15 lat, zaczęła doznawać w okolicy kości goleniowéj prawéj dotkliwych bólów, które zaczęły się od pięty, postępowały coraz to wyżéj, aż wreszcie ból i łamania w kości ustaliły się tuż pod kolanem. Po kilku miesiącach, w ciągu których kość pod kolanem mocno zgrubiała, pękła skóra nad kością i wylewała się przez kilka miesięcy z otworu skórnego ropa cuchnąca, przyczem odeszło i kilka drobnych kawaleczków martwéj kości. Następnie rana zagoiła się i noga przestała ją boleć tak, iż mogła jéj swobodnie używać. Dopiero gdy miała przeszło 25 lat, noga zaczęła ją ponownie w kości boleć, aczkolwiek rana zagojona nie otworzyła się, po kilku miesiącach zaś i ból powoli ustąpił. W podobny sposób ból ten powtarzał się późniéj jeszcze w dłuższych odstępach czasu kilka razy, bez wiadoméj przyczyny, rana jednak nie otwierała się. Dopiero zeszłego roku, t. j. w r. 1890 na Zielone święta (w maju) noga znowu obrzękła, zaczęła ją boleć, w sierpniu zaś pękła skóra w miejscu staréj rany i znowu obficie wyciekła cuchnąca ropa, z którą odchodziły drobne kawałki martwéj kości, które chora wyrzucała. Po kilku następnych miesiącach zaczęły w ranie wytwarzać się brodawki i powstał wrzód, który powoli się powiększał, aż doszedł do obecnéj rozległości. Równocześnie ból w chorem podudziu wzmógł się powoli do tego stopnia, iż chora ani ruszyć nogą, ani dotknąć takowéj nie mogła, stan ten skłonił ją do szukania pomocy w szpitalu powszechnym.

Badanie przedmiotowe wykazało u kobiety wzrostu średniego, smukłéj budowy ciała, miernie tylko odżywionej, niedokrewnéj, w okolicy kości goleniowéj prawéj, poniżéj nasady (*epiphysis*) kości, w skórze otwór podłużny, do 2 ctm. długi, 0·5 szeroki, otoczony brzegami brodawkującemi, nierównemi, szaro czerwonemi, które tworzą wrzód rozległości dłoni dziecka, zagłębiający się kraterowato w kość goleniową, ktora jest w téj części mocno zgrubiałą; z głębi otworu tego wydobywa się obfita, brudno-szara, mocno cuchnąca ropa. Zresztą części miękkie odnogi, kości i stawy nie obrzękłe; gruczoły pachwinowe udowe i inne nie obrzękłe, maleńkie i prawidłowo miękkie. Stan ogólny bezgorączkowy; sen z powodu bólów w odnodze choréj upośledzony; apetyt słaby.

Ponieważ badanie mikroskopowe wyciętego kawałka z brzegu otworu opisanego, wykazało budowę rakowatą, przeto dnia 2 go marca r. b. przystąpiono do odjęcia podudzia prawego w stawie kolanowym, poczem Wny p. pry-

maryjusz dr. Ziembicki nadesłał mi odnogę amputowaną do zbadania, za co raczy przyjąć szczere podziękowanie.

Po podłużnem przepiłowaniu odjętej kości goleniowéj na 2 równe połowy, prawą i lewą, przedstawiają się następujące stosunki:

Brodawkujący, w wielu miejscach rozpadły i wyraźnie chociaż niezbyt znacznie nad powierzchnię skóry wzniesiony brzeg otworu skórnego, barwy szaro-czerwonéj, jest zaledwie 1 ctm. szeroki, poczem w około nagle przechodzi w cienką, zdrową skórę. W kilku miejscach brzeg ten zagina się ku środkowi i wchodzi wyraźnie w głąb jamy istniejącej w kości. Kość goleniowa jest w górnéj swéj części, w długości 12 ctm. mocno wrzecionowato zgrubiałą (*spina ventosa carcinomatosa*), tak iż obwód jéj w najgrubszem miejscu, odpowiadającem środkowi otworu skórnego, wynosi 21 ctm., — 8 ctm. poniżéj obwód jéj zmniejsza się już do 11 ctm., poniżéj zaś kość staje się powoli prawidłowo grubą. Otwór skośny, który drąży dalej w głąb kości goleniowéj, rozszerza się w tejże w rozległą, obszerną jamę, która ku górze rozprzestrzenia się tak wysoko, iż pozostawia zaledwie na 2 ctm. grubą ścianę gąbczastéj kości, która jamę ową odgranicza od powierzchni stawowéj kości; ku tyłowi jama ta sięga aż do 0·5 ctm. grubéj, szklistéj, zbitéj kory kości goleniowéj; ku dołowi zaś tworzy ona głębokie, półkuliste zagłębienie od otworu przedniego w kości poczynające się. Wysokość całéj jamy w kości goleniowéj wynosi 9 ctm.; szerokość (od prawéj ku lewéj stronie) 4·5 ctm., głębokość (od przodu ku tyłowi) 5·5 ctm. Ściany kostne, otaczające jamę tę, są prawie wszędzie zupełnie gładkie, miejscami prawie szkliste; kość otaczająca takową zaś jest z tyłu zbitą, 0·5 ctm. i nadto grubą; z boków zaś kość jest przeważnie mocno zcieńczałą i okazuje od strony wewnętrznéj goleni, na przestrzeni podłużnéj rozległości małego jaja 4, od strony zewnętrznej zaś 3 otwory, razem więc 7 otworów rozległości grochu, które przedziurawiają zupełnie kość i okostnę, podczas gdy otaczające je tkanki miękkie, mięśnie i tkanka łączna okazują ograniczony naciek ropiasty, wśród tegoż zaś liczne drobne, ograniczone ropnie. Ku dołowi poniżéj opisanéj jamy, okazuje kość goleniowa w całéj swéj grubości stwardnienie zapalne (*sclerosis*), z zupełnym zanikiem jamy szpikowéj; dopiero w odległości 5 ctm. od dolnego brzegu opisanéj jamy widać w kości goleniowéj stosunki coraz to bardziéj prawidłowe, t. j. środkową jamę szpikową wypełnioną zrazu czerwonawym, poniżéj zaś żółtym szpikiem kostnym, jakoteż prawidłową korę kostną. Jama opisana wypełniona jest utkaniem wybitnie brodawkowem szaro-czerwonawem, przy ścianach kostnych w wielu miejscach jakby promienisto ku środkowi jamy rozgałęziającem się, pomiędzy którem liczne szpary i jamki wypełnione są cieczą gęstą, szarawą, do rozpadłego tłuszczu podobną; w środkowéj, lewéj części jamy rozpad ten jest największy i wytworzył próżną jamę rozległości prawie orzecha włoskiego. Największe i najobfitsze wybujałości znajdują się zresztą około otworu kloaki, podczas gdy w dnie jamy są one krótsze i mniéj obfite. Utkanie to brodawkowe posiada powierzchnię od strony kości miejscami zupełnie gładką i daje się od kości bardzo łatwo w postaci jednostajnéj błony odłuszczać; od podstawy téj zagłębia się utkanie nowotworowe pod postacią suchawéj, szarawej, do 1 ctm. grubéj, jakby przybłonkowéj warstwy, kształtu brodawkowego lub też listkowatego, od któréj odchodzą w głąb jamy kostnéj liczne cienkie brodaweczki i niteczki, oddzielone od siebie opisanym gęstym płynem szarawym. Okostna jest, oprócz miejsc powyżéj opisanych, poprzedziurawianych, w rozmaitym stopniu zgrubiałą, miejscami strzępiastą; części miękkie otaczające kość są w kilku miejscach ropiasto nacieklé i okazują liczne jamki ropą wypełnione, przetokami ze sobą połączone.

Obrazy te przedstawiają załączone ryciny 1 i 2.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e kawałka wyciętego z brzegu otworu skórnego przed operacyją, wykazało warstwę przybłonkową skóry mocno bujającą i w postaci rozległych czopów głęboko w miazdrę skóry i głębiéj wchodzącą, z licznemi ogniskami gniazd perełkowatych, z bardzo skąpem podścieliskiem, złożonem z delikatnéj siatkowéj tkanki łącznéj, w którem rozgałęzione są liczne naczynia, około tych zaś widoczny jest w wielu miejscach naciek drobnokomórkowy, zapalny.



Fig. 1.



Fig. 2.

Badanie kawałków wyciętych z głębi jamy, tuż przy kości, wykazuje budowę zupełnie podobną do budowy powyż opisanéj nowotworu skórnego. Dość skąpe podścielisko łączne ułożone jest listkowato lub też tworzy krótkie, brodawkowe wyrośle, które pokryte są obfitą warstwą komórek przybłonkowych; warstwa ta przybłonkowa złożoną jest z wielkich płaskich komórek z mocno barwiącemi się jądrami; komórki te w bezpośredniem otoczeniu podścieliska przybierają postacie więcéj kubiczne i okrągłe; tworzą one bardzo obfite gniazda i wypustki głęboko w jamę wchodzące, często w końcu pałkowato rozszerzone i tu kryjące w sobie znane ogólnie perły przybłonkowe. W wielu wyrobach mikroskopowych widać też bardzo piękne komórki kolczaste (*Stachelzellen*) przybłonkowe. Wiele komórek widzimy nadto szklisto przeobrażonych. Inne cięcia, pochodzące z bardziéj środkowych części jamy kostnéj, okazują natomiast obfite podścielisko, złożone z delikatnéj siatkowatéj tkanki łącznéj z licznemi naczyniami i naciekiem drobnokomórkowym, miejscami zaś z tak silnem bujaniem tkanki łącznéj, iż obrazy pojedyncze przypominają budowę mięsakową, podczas gdy utkanie przybłonkowe nowotworu zupełnie jest podobne do wprzód opisanego, zwłaszcza zaś pięknie występują do palisady podobne komórki na granicy podścieliska, obok licznych gniazd perełkowych. Jestto obraz, który już Virchow opisał jako zwykły w przypadkach, w których pokład przybłonkowy buja w tkance łącznéj i który ogólnie jest znany pod nazwą p r z y b ł o n i a k ó w, r a k o w c ó w (*Epithelioma, Cancroid*). — W niektórych wszakże miejscach widzimy nadto obrazy, w których śródbłonek naczyniowy buja obficie i przeistoczony jest w duże komórki płaskie, podobne do przybłonkowych tak, iż przypadkiem natrafiwszy w pierwszym zaraz wyrobie na podobny obraz, pewnym był piszący, iż ma do czynienia z śródbłoniakiem (*endothelioma*) podczas gdy dalsze wyroby wyjaśniły dokładnie budowę nowotworu rakowcowatą. Badanie płynu gęstego, wypełniającego przestwory pomiędzy brodawkami, wykazuje, iż składa się on z rozpadłych przybłonków i tłuszczu rozpadlinowego.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Antyseptyka w oftalmologii. Trójchlorek jodu jako środek przeciwgnilny.

(Obszerniejsze rozwinięcie wykładu mianego w sekcyi okulistycznéj VI. Zjazdu lek. i przyr. polskich w Krakowie).

Podał
Dr. med. Br. Ziemiński (z Warszawy).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31.)

Lecz zachodzi pytanie, jak daleko wnikają przy wrzodach rogówki bakteryje chorobotwórcze w tkanki pozornie zdrowe? — Na jakiéj przestrzeni, jak głęboko w błonie rogowéj żegadło ma wywrzeć swój wpływ niszczący? Wprawdzie, zabarwienie zapomocą fluorescyny okolicy, patologicznie zmienionéj, ułatwia ropoznanie, lecz nie zupełnie usuwa w tym razie powstające trudności dyjagnostyczne. A nie zapominajmy, że nigdzie nie ma się więcéj na sercu zasad chirurgii zachowawczéj, jak przy leczeniu chorób rogówki, gdzie obowiązkiem naszym jest zachowanie, uratowanie najdrobniejszéj przeźroczystej cząsteczki téj błony. Przeto, zanim zastosuje się żegadło, należy — szczególnie w przypadkach, w których sprawa ropna rozpostarała się na znacznéj przestrzeni w rogówce, — dobrze zważyć w umyśle wszelkie za i przeciw tym bardziéj, że oddawna znany jest sposób leczenia, nieraz dający możność powstrzymania rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, a nie narażający na szwank części przeźroczystych błony rogowéj. Mamy na myśli stosowanie możliwie wysokich stopni ciepła tudzież polecone przez Saemischa przecięcie poprzeczne całego dna wrzodu. Dzięki działaniu ciepła (np. w postaci opaski ogrzewającéj antyseptycznéj), a zatem dzięki zwiększonemu dopływowi krwi wzmaga się odżywianie w pozostałéj zdrowéj części utkania rogówki, która tym sposobem nabiera więcéj odporności wobec mikrobów. Też same skutki sprowadza przecięcie dna wrzodu: ciecz wodna bowiem zmywa zadaną ranę, a, po zniknięciu komory przedniéj, tęczówka przymyka do tylnéj powierzchni błony rogowéj — co staje się czynnikiem nader pomyślnym w walce z mikrobami.

Nieurazowe sprawy zapalne głębiéj położonych części oka są niewątpliwie w przeważnej liczbie przypadków pochodzenia grzybkowego, zazwyczaj powstają one skutkiem zakażenia wnętrznego (*endogene Infektion*). Zarazek dostaje się do narządu wzroku, czy to wraz z prądem krwi, czy też przez drogi chłonne.

Do ostatnich czasów poprzestawano w leczeniu téj grupy chorób na zwalczaniu choroby zasadniczéj (kiły, gośća, dny, ropnicy, posocznicy, rzeżączki i t. d.). Miejscowo ograniczano się na zakrapianiu do worka spojówkowego leków, o mniéj lub więcéj wyraźnych własnościach przeciwgnilnych. Stosowano rostwory sublimatowe, a w ostatnich czasach rostwory pyoktaniny, która miała być nietylko dzielnym antyseptykiem, lecz zarazem posiadać wydatne zdolności dyfuzyjne. Prócz tego dokonywano wcierań w powierzchnię gałki ocznéj maści lanolinowéj, zawierającéj rtęć. Aczkolwiek we wszystkich przewlekłych chorobach oczu mięsienie, umiejętnie wykonywane, zazwyczaj sprowadza skutki pomyślne: wszakże wyniki całego wyż podanego leczenia miejscowego chorób, śródocznych pozostawiają wiele do życzenia. Dopiero w latach ostatnich w celu zwalczenia spraw chorobowych, dotyczących wnętrza gałki ocznéj, uciekano się do leczenia racyjonalniejszego, mianowicie, do śródgałkowych wstrzykiwań rostworów różnych leków, a gdy to sprowadzało wątpliwe, a nieraz wyraźnie ujemne skutki, obrano inną drogę, zaczęto wstrzykiwać pod spojówkę różne środki przeciwgnilne. W ten sposób otrzymane wyniki okazały się dosyć pomyślnemi w wielu niewątpliwie zakaźnych chorobach gałki ocznej. Sądzę jednak, iż najwłaściwszem byłoby wstrzykiwanie rostworów antyseptycznych (zwłaszcza trójchlorku jodu) do przestworu Ténona, z którym łączą się inne przestwory chłonne oczu.

To, cośmy dotąd zaznaczyli, przekonywa dosadnie, jak rozległy jest zakres antyseptyki w leczeniu różnorodnych chorób ocznych. Dla przedstawienia w właściwem świetle jéj zastosowania w oftalmologii winniśmy zastanowić się jeszcze nad stosowaniem zasad téj metody leczniczéj przy zabiegach chirurgicznych, których polem bywa narząd wzroku, tudzież w przypadkowych zranieniach oczu.

Uprzytomnijmy sobie warunki, śród których w tym razie stosujemy omawianą metodę, uprzytomnijmy sobie własności gleby, na któréj mamy działać. Odrazu widzimy, iż warunki tak anatomiczne jak i fizyjologiczne worka spojówego wielce sprzyjają dostępowi i rozwojowi drobno-ustrojów. Otworem stojąca błona śluzowa oka bezpośrednio łączy się z powietrzem otaczającem, przeto, rzecz prosta, iż różnorodne mikroby, zawieszone w powietrzu, na niéj osiadają; nie mniéj liczne okazy mikroorganizmów dostają się na spojówkę oka przy myciu się, dotykaniu palcami, ręcznikiem, chustkami i t. d. Nadto znaczną liczbę przeróżnych pasorzytów dostarczają tak często chorobowo zajęte gruczołki brzegów powiek, a wreszcie powierzchnie jamy ustnéj i jam nosowych, komunikujące z workiem spojówkowym za pomocą przewodów noso-łzowych. Wszak wiadomo, iż te jamy roją się mnóstwem odmian mikrobów, wysoce nawet szkodliwych dla tkanek oka.

Błona spojówkowa znajduje się w warunkach fizykochemicznych (ciepło, wilgoć, lekki stopień alkaliczności, dostęp tlenu z powietrza) nader pomyślnych dla hodowli większości mikroorganizmów Nie dziw też, iż tak bogatą jest flora bakteryjna spojówki nietylko w jéj stanie patologicznym, lecz i w stanie najzupełniéj prawidłowym. Wprawdzie, większość drobnoustrojów, kwitnących na błonie śluzowej oka, należy do rzędu istot nieszkodliwych, do rzędu saprofytów. A ustaleniu się ich tudzież mikrobów chorobotwórczych sprzeciwia się w pewnéj mierze mruganie powiekami oraz stałe wydzielanie się łez i odpadanie warstwy powierzchownéj komórek przybłonkowych, usianych ustrojami grzybkowemi, wreszcie odradzanie się komorek z wewnątrz (z głębi).

Zresztą, obecność drobnoustrojów chorobotwórczych najczęściej pozostaje bez skutku, dopóki prawidłowa, nieuszkodzona, zdrowa i zdolna do życia warstwa przybłonkowa pokrywa i ochrania powierchnię gałki ocznéj. Skoro jednak przybłonek naruszonym zostaje, n. p. podczas zabiegu operacyjnego, wówczas mikroby głębiéj wnikają i wpływ zgubny wywierają na tkanki, o ile stan odżywiania się tkanek jest tego rodzaju, że ulega w walce z wciskającemi się zarazkami Niestety! rogówka tudzież cała treść gałki ocznéj jest jak najlepszem podłożem do zagnieżdżenia się oraz dalszego rozwoju różnych drobnoustrojów i to nietylko dla koków ropnych, lecz i dla innych koków, dla laseczników, a nawet dla pleśni Przytem godnem zaznaczenia jest, że krążenie limfy i wymiana cieczy w oku nader powolnie odbywają się.

Wiadomo, że bakteryje ropne wywołują ostre ropne zapalenia gałki ocznéj, a prawdopodobnem jest iż, nawet

nieropne koki, istniejące w worku spojówkowym, dostawszy się do wnętrza oka, bądź to przez ranę, zadaną oku, bądź też skutkiem sprawy rozpadowéj, na powierzchni gałki ocznéj, mogą wywołac przewlekłe sprawy zapalne, nietylko rogówki, lecz i siatkówki oraz jagodówki, a stąd wynikłe zmiany chorobowe wywierają zgubny wpływ na siłę wzrokową, ba, nawet sprowadzają ślepotę skutkiem marskości (*Schrumpfung*) ciałka szklistego i oddzielenia siatkówki.

Świadomość podanych wyników badań bakteryjologicznych w dziedzinie oftalmologii uporczywie nasuwa na myśl spożytkowanie w całéj rozciągłości zasad postępowania przeciwgnilnego, zatem stosowania wszelkich środków, które w danym razie są w stanie uniemożliwić wybuch sprawy zakaźnéj w polu operacyjnem (*asepsis*). A tu spotykają nas smutne w tym względzie wyniki badań Gayeta, Eug. Ficka, Sattlera i Chibreta niezbicie, dowodzące iż najdzielniejsze dotąd znane płyny odraźne nie są w stanie usunąć w zupełności z worka nawet prawidłowéj spojówki bakteryj, tamże bujających. Cóż więc myśleć o ścisłem odrażaniu zakażonéj spojówki lub zakaźnych owrzodzeń błony rogowéj

Liczne są przyczyny, iż nie możemy ściśle aseptycznie dokonywać operacyj ocznych. Dotąd nader mało znanych jest płynów bakteryjobójczych, które czyniłyby zadosyć warunkom kardynalnym, jakie okuliści przedewszystkiem stawiać muszą przy stosowaniu takich środków. Płyn bakteryjobójczy ma tu działać niezmiernie szybko, a zarazem jak najmniéj drażnić oko. Tak idealnych antyseptyków dotychczas nie wykryto. Z całego szeregu leków przeciwgnilnych, doświadczanych przez okulistów, dwa tylko uznano za względnie nadające się do postępowania przeciwgnilnego przy operacyjach ocznych, są to: woda chlorowa (powinna zawierać 0·4% chloru), przetwór, łatwo ulegający rozkładowi, i rostwory sublimatowe, które dla téj ujemnéj strony wody chlorowéj stanowią obecnie jedyny płynny antyseptyk, stosowany przy operacyjach przez przeważną większość okulistów pomimo, że Schmidt-Rimpler wykazał, iż woda chlorowa mniéj drażni oko, a posiada o wiele wydatniejsze własności odkaźne, aniżeli $^1/_{50}$% rostwór sublimatu. Wiadomo, że oko i to nie każdego chorego znosi, co najwyżéj $^1/_{50}$% rozczyn tego leku. Gdyby zaś płyn taki nawet dotarł do wszystkich fałdów, zagięć i gruczołów spojówki oraz brzegów powiek, gdyby na wetnie ulegał rozcieńczeniu, a w części zobojętnieniu przezwydzieliny gruczołów łzowych i spojówkowych, przez zawarte w tych wydzielinach ciała białkowate, musiałby wówczas działać jako taki co najmniéj przez 15 do 30 minut, jak wynika z badań Kocha, jeśliby miał skutek niewątpliwie bakteryjobójczy wywołać A czyż coś podobnego, może nastą, pić przy operacyi ocznéj? Nie dość na tem, według zasad antyseptyki wymaga się nadto, aby chronić zadaną ranę od wnikania zarazków, póki nie nastąpi zupełne jéj zagojenie co przy zabiegach chirurgicznych, których polem jest narząd wzroku, uważać należy za wprost niemożliwe wobec naturalnéj łączności worka spojówkowego z jamą nosową. Narazie możnaby sądzić, iż popada się w położenie bez wyjścia, iż bakteryjologija, która dała podwalinę naukową antyseptyce, sama poniekąd kruszy swe dzieło. Tak źle nie jest, jak się o tem natychmiast przekonamy.

Przedewszystkiem, już przed erą antyseptyczną operatorowie, przestrzegający nieco ściśléj przepisów zwykłéj czystości, nie nazbyt często spotykali się z zakażeniami ran, zadanych przy operacyi ocznéj, zręcznie dokonanéj. Wszak wiemy, iż w dawnych czasach, kiedy lepsi operatorowie katarakt w najpomyślniejszym razie tracili co najmniéj 10% oczu, z których usuwali zaćmę, w tymże czasie, dzięki ulepszonéj technice, dzięki uwzględnieniu ogólnego stanu chorego, dzięki przestrzeganiu pewnéj czystości, dzięki tym warunkom Mooren miał tylko 3,4%, Arlt 2,06%, a Jakobson senior (w roku 1863) tylko 2% strat — b e z p o ś r e d n i o po operacyi katarakty.

Zresztą, wybuch sprawy ropnéj po wszystkich operacyjach ocznych, w których nie zachodzi potrzeba przenikania ścianek gałki ocznéj, w których nie zachodzi potrzeba odsłaniania wnętrza oka, wydarza się nierównie rzadziéj, aniżeli to ma miejsce przy operacyjach chirurgicznych, dotyczących innych narządów, ustroju.

Łatwo stwierdzić można obecność licznych mikrobów w worku spojówki ócz, które zresztą jak najpomyślniéj przebyły sprawę gojenia nawet po takich operacyjach, jak wydobycie zaćmy, irydektomija, operacyja zezowatości i t. d. G a y e t donosi, iż w 171 przypadkach, mimo zachowywania jak najściślejszych przepisów antyseptyki, utrzymały się bakteryje w worku spojówkowym; w tych przypadkach dokonano opecyj katarakty i tylko 13 razy, t. j., w 7,6% przypadków spostrzeżono wybuch sprawy zakaźnéj.

Właściwie mówiąc, nieodzowność wprowadzenia antyseptyki do chirurgii ocznéj narzuca się umysłowi okulisty głównie wobec statystyk operacyjnego leczenia zaćmy, albowiem skutki tego rodzaju operacyj mają najdonioślejsze znaczenie praktyczne. Okuliści poczytali sobie też za obowiązek usunąć możliwość wyników niefortunnych, powstających skutkiem zakażenia, występującego nawet po najbardziéj po mistrzowsku pod względem technicznym dokonanéj operacyi katarakty.

Już wyżéj mówiliśmy, że okulista nie może ani na chwilę łudzić się, jakoby jego pole operacyjne w każdym przypadku mogło być wolnem od obecności mikrobów, jakoby pole to można było uczynić aseptycznem. Zbyt często jednak zapomina się, że do wybuchu każdéj sprawy zakaźnéj nie wystarcza obecność drobnoustrojów chorobotwórczych tudzież możność wnikania ich w tkanki, jeśli gleba, na któréj osiądą, nie posiada własności przyjaznych dla ich potrzeb życiowych. Jak nie na każdą glebę rzucone ziarno zejść może, tak i chorobotwórcze pasorzyty grzybkowe mogą być ubezwładnione, wreszcie zniszczone, zetknąwszy się tkankami ustroju obdarzonego znacznym zasobem odpornych sił żywotnych.

Do wybuchu spraw ropnych w pewnéj części oka nie. odzownym jest pewien upadek stanu odżywiania tkanek. Zaburzenie to staje się powodem, iż tkanki ulegają w walce z drobnoustrojami. Ten upadek stanu odżywiania może wyniknąć w skutek nieopatrznego zadania rany, n. p. przy wadliwéj technice operacyjnéj tudzież skutkiem zboczeń w ważniejszych czynnościach całego ustroju, zwłaszcza zaś skutkiem wszelkich ogólnych, głęboko w ustroju zakorzenionych chorób.

Uwzględniając powyższe wywody, dochodzimy do wniosku, iż należy odróżniać antyseptykę subjektywną od antyseptyki objektywnéj. S u b j e k t y w n a a n t y s e p t y k a zasadza się na możliwie skrupulatnem odkażeniu operatora tudzież jego pomocników, w ogóle wszystkiego, cokolwiek zetknie się z tkankami oka, mianowicie: ręce, narzędzia, leki, materyjały opatrunkowe i materyjały, służące do nakładania szwów. Tym sposobem staramy się usunąć możliwość wpro-

dzenia z zewnątrz w pole operacyjne jakichkolwiek drobnoustrojów.

Objektywna zaś antyseptyka ma na celu uchronienie od wybuchu spraw zakaźnych w polu operacyjnem przez zastosowanie postępowania przeciwgnilnego u samegoż chorego, który poddaje się operacyi ocznéj. W celu osiągnięcia najpomyślniejszych wyników ze stosowania antyseptyki objektywnéj działamy w kierunku przeciwgnilnym nie tylko bezpośrednio na pole operacyjne oraz sąsiednie okolice, lecz nadto działamy pośrednio na cały ustrój chorego, starając się doprowadzić tenże do stanu, w któryniby jego tkanki dzięki krzepkim siłom żywotnym dzielnie w razie potrzeby przeciwdziałały wpływom szkodliwym pasorzytów grzybkowych.

O ile więc przez subjektywną antyseptykę zamierza się nie dopuszczać do pola operacyjnego mikroorganizmów, znajdujących się poza ustrojem chorego: o tyle przez objektywną antyseptykę staramy się zwalczać drobnoustroje, już istniejące w polu operacyjnem, nadewszystko zaś staramy się nadać tkankom należny stopień dzielności, odporności względem mikrobów, które mimo wszystkich środków, przeciw nim zwróconych, zdołały ujść zagładzie lub mogły w jakikolwiek bądź sposób przedostać się w granice pola operacyjnego.

Tak pojmowane postępowanie przeciwgnilne może wydać niewątpliwie błogie wyniki, tak pojmowana antyseptyka zaznacza poważny postęp w sprawie racyjonalnéj chirurgii ocznéj. Téj metodzie leczenia zawdzięcza się, iż po najśmielszych operacyjach, dokonanych na oczach, nie wyczekujemy z bijącem sercem, ażali przypadkowy zbieg pomyślnych warunków uchroni narząd operowany od spraw zakaźnych tudzież ich zgubnych skutków.

Chcąc należnie wyczerpać temat niniejszego wykładu ściśléj podam zasady antyseptyki, jakich zwykłem przestrzegać przy wszelkich zranieniach tak przypadkowych jak i operacyjnych, zwłaszcza zaś przy tych, które dotyczą pokryw gałki ocznéj.

Co do antyseptyki subjektywnéj, nie będę się obszerniéj rozwodził. Celem naszym jest w tym razie, aby żyjące tkanki i ciecze tkankowe stykały się litylko z ciałami wyjałowionemi, celem naszym jest właściwie osiągnięcie przez postępowanie przeciwgnilne aseptyki subjektywnéj.

Jakkolwiek w obecnym stanie chirurgii zakażenie z powietrza (*Luftinfektion*) mało się uwzględnia, natomiast całą uwagę kierują operatorzy na usunięcie możności zakażenia przez dotykanie (*Kontaktinfektion*): jednak zawsze starać się należy o możliwie najczystszą atmosferę dla chorego, poddającego się operacyi.

(Nie zawsze możemy operować w sali, na ten cel odpowiednio urządzonéj. Mając dokonać operacyi, n. p. w mieszkaniu prywatnem chorego trzeba baczyć na czystość podłogi, okien, drzwi i ścian w pokoju, przeznaczonym dla chorego. Esmarch, porównywując wyniki, otrzymane z różnych metod desynfekcyi ścian, doszedł do wniosku, iż najpraktyczniejszą i najbardziéj niezawodną jest metoda mechaniczna, t. j. dwukrotne wytarcie ścian chlebem, przyczem prawie zawsze usuwa się z ich powierzchni wszelkie zarazki).

Wobec wyżéj wspomnianych zapatrywań chirurgów narząd wzroku poniekąd jest w warunkach pomyślnych, gdyż nigdy prawie palce okulisty, ani też części narzędzi, których operator dotyka palcami, nie stykają się z raną gałki ocznéj. W tym względzie jesteśmy szczęśliwsi od reszty chirurgów. Wiadomo, że dotąd żadna metoda desynkfekcyi rąk (Fürbringera, Forstera, Kümmela, Landsberga, Fr. Bolla) nie jest w stanie w zupełności ostać się wobec krytyki bakteryjologów. Nadto nadmieńmy, iż niektóre z tych metod są wprost niemożliwe w praktyce okulistycznéj, a to z powodu, iż przytępiają zmysł dotyku, tak ważny dla operatora-okulisty. W praktyce naszéj bez obawy zadowolić się możemy mechanicznem oczyszczeniem rąk (zwłaszcza paznogci i ich sąsiedztwa), następnie dokładnem obmyciem ich wodą ciepłą i mydłem, najlepiéj płynnem (jedna cześć mydła potasowego na dziewięć części wyskoku 90%): poczem, zamoczywszy ręce w wyskoku[1]) co najmniej 80%, zanurzamy je przez minutę w $^1/_{20}$% roczczynie sublimatu, który od dwu lat zastąpiłem przez $^1/_{10}$% rostwór trójchlorku jodu, przetworu, o którym niżéj obszerniéj pomówię. Przy całéj tualecie rąk należy posługiwać się szczoteczką, wyjmowaną za każdym razem z roczczynu przeciwgnilnego. (C. d. n.)

III. Kazuistyka sądowo-lekarska.

III.

Śmierć z porażenia serca czy z innéj przyczyny?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz miejski w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 35.)

Z obszernych zeznań świadków, podajemy szczegóły najważniejsze. Karolina Z., siostra obwinionego Wojciecha Z., podaje: „... ojciec (Jan Z.) uderzył Wojciecha w twarz, wówczas W. pochwycił ojca, przewalił na wyrko, jednem kolanem wlazł na piersi i gniótł rękoma, a ojciec wołał na mnie: Karolinko leć po kogo aby mnie ratował, bo on mnie zabije. Wtedy ja i brat mój młodszy prosiliśmy Wojciecha, aby dał spokój i on rzeczywiście puścił ojca i wybiegł na pole, ojciec powstał, ale mocno stękał, wyszedł na pole za Wojciechem Z., lecz zaraz powrócił, usiadł i stękał. Niedługo potem ojciec wziął laskę i wyszedł ponownie na pole, ja nie poszłam zaraz za ojcem, a gdy po chwili wyszłam, słyszałam jak ojciec krzyczał: o dla Boga ludzie ratujcie!—gdym w tę stronę przybiegła, już ojciec leżał na ziemi a Wojciech ciągnął swoją skrzynię z rzeczami ku domowi, Józef S. zaś nadbiegł w to miejsce“.

Świadek Józef S. (sąsiad) podaje: „... dnia 21 lutego stojąc przy oknie w moim domu, o jakie 400 kroków odległym, widziałem jak Jan Z., wyszedłszy ze swego domu mówił coś do swojéj córki Karoliny i przekładał laskę z ręki do ręki, poczem z laską w ręce biegł ku domowi swego starszego syna Jędrzeja. Ja po chwili zdjęty ciekawością, poszedłem ku domowi Jana Z. i widziałem jak Jan z Wojciechem stali przed domem, wówczas Wojciech trzymając motykę w obu rękach zamierzył się z góry, aby Jana Z. w głowę uderzyć, lecz gdy się Jan zasłonił lewą ręką, uderzył go w rękę, wówczas biegnąc krzyczałem na Wojciecha, lecz on jeszcze raz tą samą motyką z obu rąk ojca w głowę uderzył i wówczas Jan zaraz się na ziemię obalił koło skrzynki tam stojącej, a biegnąc ku temu miejscu, widzia-

---

[1]) Obmycie rąk w alkoholu znakomicie ułatwia przyleganie płynów przeciwgnilnych do skóry w okolicy podpaznogciowéj.

łem jak Wojciech podniósł za antabki skrzynię do góry i dwa razy na głowę ojca puścił, poczem trzymając jedną ręką motykę, drugą ciągnął skrzynię za antabkę do domu. Ja przyskoczyłem do Jana Z. leżącego na ziemi i nacierając śniegiem, usiłowałem go do życia przyprowadzić, lecz nadaremnie, bo tylko dwa razy westchnął i już nie okazał znaku życia . . .“

Na podstawie powyższych zeznań wzajemnie się uzupełniających i na podstawie protokołu sekcyi orzekli znawcy inni co następuje:

1) Twierdzenie pp. obducentów, którzy jak się zdaje, nie znali przebiegu zajścia, że śmierć Jana Z. nastąpiła z porażenia serca wskutek tłuszczowego zwyrodnienia tego narządu i że obrażenia zadane mu za życia, mogły się jedynie pośrednio przyczynić do wywołania udaru sercowego, nie jest w przypadku niniejszym usprawiedliwione ani rezultatem sekcyi, ani przebiegiem zajścia jak je opisują świadkowie. Jakkolwiek bowiem spostrzeżono przy sekcyi kruchość mięśnia sercowego i powleczenie się noża tłuszczem, to jednak skoro się zważy, że wykonano sekcyję na zwłokach zmarzniętych a mięśnie zmarznięte są zawsze kruche, że mięśnia sercowego nie badano mikroskopowo, że tłuszcz na nożu mógł pochodzić od pokładu tłuszczowego na samem sercu, w tym przypadku bardzo wybitnego, nadto gdy się uwzględni, że starzec ten czuł się przed zajściem zupełnie zdrowym i brał w niem taki udział, jaki zwykł brać człowiek zupełnie zdrowy, pomimo swego późnego wieku, musimy stanowczo twierdzić, że w przypadku niniejszym nie można przypuścić stłuszczenia mięśnia sercowego, jako przyczyny śmierci Jana Z.

2) W obec tego musimy koniecznie oświadczyć się za tem, że Jan Z. umarł śmiercią gwałtowną i to śmiercią szybką, jak tego dowodzi płynność krwi. Na podstawie zeznań świadków i to zeznań tak dokładnych, możemy stanowczo oświadczyć, że przyczyną śmierci Jana Z. było w s t r z ą ś n i e n i e m ó z g u po znacznem obrażeniu głowy. Czy obrażenie to nastąpiło przez ugodzenie w czoło obuchem oburącz trzymanej motyki, czy też przez uderzenie w głowę ciężką skrzynką, w chwili gdy Jan Z. leżał na ziemi, tego stanowczo rozstrzygnąć nie możemy. W każdym razie stwierdzamy na podstawie doświadczenia, że każde z obrażeń tych z osobna było dostatecznem do sprowadzenia śmierci wskutek wstrząśnienia mózgu. Przebieg zajścia przemawia jednak z wielkiem prawdopodobieństwem za tem, że wskutek ugodzenia motyką w okolicę nasady nosa, denat obalił się na ziemię, a gdy leżąc doznał uderzenia skrzynią w głowę, nastąpiło śmiertelne wstrząśnienie mózgu.

3) Przeciw naszemu zdaniu nie przemawia wcale okoliczność, że czaszka była nieuszkodzona, gdyż obducenci sami stwierdzili, że grubość kości czaszkowych była znaczną a doświadczenie poucza, że wstrząśnienie mózgu śmiertelne może powstać bez uszkodzenia kości czaszkowych; na korzyść naszego zdania zaś przemawia płynność krwi, co dowodzi, że śmierć nastała szybko.

4) Obrażenie to stało się przyczyną śmierci już z natury swéj w ogólności a rychła pomoc lekarska nie byłaby zapobiegła zejściu śmiertelnemu.

5) Sińce opisane na łokciu i na grzbiecie lewéj ręki mogą pochodzić od uderzeń obuchem motyki, jak podają świadkowie, stanowiły one same przez się lekkie uszkodzenia ciała, nie stały zaś w związku ze śmiercią Jana Z.

6) Złamania dwu żeber t. j. żebra 5-go i 6 go po stronie lewéj powstały wskutek przytłoczenia klatki piersiowéj znacznym ciężarem, a w przypadku niniejszym ugniatanie kolanem klatki piersiowéj starca stało się przyczyną tych złamań. Obrażenia te w obec wieku Jana Z. oceniamy jako ciężkie uszkodzenie ciała, sprowadzające zazwyczaj upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowéj przez więcéj niż 20 dni.

Przypadek opisany wykazuje dowodnie, jak nieodpowiedniem bywa często orzekanie o przyczynie śmierci bezpośrednio po wykonaniu sekcyi zwłok. Bez znajomości szczegółów zajścia musiało i w przypadku niniejszym wydanie orzeczenia napotykać trudności, które ustąpiły, gdy całe akta drugim znawcom przedłożono. Sprawy takie powinny stanowić wskazówkę, aby w przypadkach ważnych a niejasnych wstrzymywać się z wydaniem orzeczenia aż do przesłuchania świadków i dopiero na téj podstawie orzekać, uwzględniając równocześnie wyniki sekcyi. Z własnego doświadczenia przyznajemy, że istnieje z różnych powodów pewien nacisk, aby lekarze wydawali orzeczenia natychmiast, jednak bezwzględne uleganie temu naciskowi nie tylko że nie jest usprawiedliwione w obec ustawy, która dozwala na zwłokę w wydaniu orzeczenia, lecz sprowadza niejednokrotnie zagmatwanie sprawy i przysparza wydatków na innych znawców, a na pierwszych rzuca nieraz niezbyt korzystne światło.

W przypadku niniejszym błąd, w który popadli obducenci wynikł nietylko ze zbyt pospiesznego orzekania, lecz był nadto następstwem pominięcia przepisu, który nie dozwala wykonywać sekcyj na zwłokach zmarzniętych. Znając i pod tym względem nasze stosunki, świadomi jesteśmy trudności, jakie powstają, gdy znawcy opierają się dokonaniu sekcyi zwłok zmarzniętych; ze względu jednak na ważność spraw nie należy wzdrygać się przed następstwami, oświadczyć stanowczo, że sekcyi wykonać nie można, i nalegać na zarządzenie odtajania zwłok, chociażby wypadło ponownie w podróż wyruszać.

Wstrząśnienie mózgu, zdaniem naszem najbliższa przyczyna śmierci w przypadku opisanym stanowi jak dotąd, jedną z ciemnych stron naszéj nauki, gdy jednak stwierdzono niewątpliwie silny uraz w głowę, gdy śmierć następuje po nim prawie bezpośrednio, jak to tutaj miało miejsce, gdy wynik sekcyi nie usprawiedliwia dostatecznie śmierci szybkiéj a przebieg zajścia wykazuje, że denat czuł się przed urazem zupełnie zdrowym, trzeba koniecznie uciec się do téj niedostatecznie poznanéj sprawy, pomimo i właśnie z powodu rażącego niestosunku, jaki zachodzi pomiędzy urazem a zmianami anatomicznemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr. B a r d e n h e u e r: „Przewodnik do leczenia złamań i zwichnięć kości odnóg za pomocą ekstenzyi sprężynowéj względnie ciężarowéj“; str. 211, z 109 rycinami w tekscie.

W niespełna dwa lata po ukazaniu się na półkach księgarskich obszernéj pracy tegoż autora p. t.: „Ciągła ekstenzyja i t. d., z któréj zdaliśmy sprawę w Nr. 19 „Przeglądu Lekarskiego“ z roku 1890, pojawiło się dzieło, będące po części streszczeniem, po części uzupełnieniem dzieła pierwszego. Autor czuł niedostatki swéj metody, w któréj przy wszystskich złamaniach i zwichnięciach odnóg zalecał ekstenzyję i chorych ze złamaniem n. p. obojczyka, kości sprychowéj,

a nawet palca przykuwał do łóżka na kilka tygodni, zastąpił przy odnogach górnych zwyczajną ekstenzyję za pomocą ciężarów ekstenzyją sprężynową. Wymyślił przeto bardzo misterne przyrządy, które się zakłada na odnogę, a liczne sprężyny wyciągają odłamki w kierunkach przez autora zaleconych. Sposób zakładania tych przyrządów nie da się opisać, o to się nawet sam autor nie kusi, lecz ilustruje go licznemi pięknemi rycinami. Z wyników leczenia za pomocą ciągłej ekstenzyi jest zadowolonym. Na 3300 złamań leczonych tym sposobem nie miał ani razu stawu rzekomego, zniekształcenia, skrócenia, zrosty kątowate, obrzmienia zapalne, bolesne kostniny, porażenia, ropienie, zgorzel i t. d. nie pojawiają się. Wynik zaiste świetny. Czy jednak to ogólnikowe zdanie o wynikach odpowiada rzeczywistości? Mimo uznania powagi Bardenheuera nie mogę zataić mego niedowiarstwa. Nie mogę uwierzyć, aby n. p. w przypadkach złamania obojczyka lub kości udowéj nigdy skrócenia lub zniekształcenia nie miał. Niedowiarstwo moje popierają niektóre pomyłki, jakie w dziele znajduję. Oto w przedmowie na str. VII podaje, iż w ubiegłym roku leczył 700 złamań na stronicy 25 zaś pisze, iż ich było 630. Na str. 24 przedstawia rycinę, która ma być wymownym dowodem, iż jego metoda idealne daje wyniki, bo kobieta po resekcyi główki kości ramieniowéj podnosi odnogę wysoko w górę. Kobietę tę oglądaliśmy na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie i pokazało się, że po resekcyi nastąpiła zupełna ankyloza, ramię porusza się tylko razem z łopatką a chora podnosząc ramię przechyla mocno się ku stronie przeciwnéj.

W przedmowie stara się autor o uchylenie zarzutu, że szyny sprężynowe są zbyt kosztowne, bo kosztują po sto kilkadziesiąt marek. — W szpitalu kolońskim urządził B. w ten sposób, iż chory za używanie tych kosztownych szyn dopłaca 3—5—10 marek a za to ma wszystko, iż się prędzéj wyleczy. Przyznam się, iżbym takiéj propozycyi choremu nigdy nie robił: „jeżeli mi więcéj zapłacisz, to cię rychléj i lepiéj wyleczę“. B. podaje, iż szpital przez te dopłaty zadarmo zaopatruje się w szyny. Znowu powątpiewam. Przypuszczając bowiem, iż chorzy po kilka marek dopłacają za użycie szyn wątpię bardzo, aby szynę u tylu chorych zakładać można, ażeby się nakład wrócił, wiadomo bowiem jak łatwo psują się nasze misterne przyrządy.

Z mego własnego doświadczenia nie mogę potwierdzić, jakoby chorzy chętnie znosili ekstenzyję. Owszem bardzo na nią narzekają i rozmaitemi sposobami uwolnić się od niéj starają a ból w stawach unieruchomionych bardzo prędko występuje. Od kilku lat przeto używam w niektórych przypadkach złamań n. p. kości podudzia lub przedramienia ekstenzyi w celu adaptacyi odłamków, a następnie podczas trwania ekstenzyi zakładam przyrząd ustalający (prawie zawsze z organtyny krochmalnéj). Przyrząd ten w ekstenzyi wysycha, a gdy już jest zupełnie suchy odcinam przyrząd ekstenzyjny. Odłamki nie mogą się przeto przesunąć ani podczas zakładania opatrunku ustalającego ani podczas jego wysychania (p. Dziennik VI Zjazdu lekarzy i przyrodników Nr. 5).

Mimo obfitego materyjału, jakim p. B. rozporządza, nie daje nam zestawienia statystycznego i w nowszem swem dziele, tłomacząc się brakiem czasu. Dzieło niniejsze nie jest podzielone na paragrafy tak jak pierwsze, tylko przechodzi kolejno wszystkie złamania i zwichnięcia odnóg, przez co dzieło zyskuje, bo przegląd jest łatwiejszy.

Dr. Bogdanik.

Patologija.

Rosenthal: **O wytwarzaniu ciepła w gorączce.**

Autor stara się doświadczeniami przekonać czy słuszną jest teoryja Traubego — wskazująca, że ciepłota ustroju gorączkującego nie jest wynikiem zwiększonego wytwarzania ciepła, lecz następstwem zatrzymania tegoż w ustroju. Tej teoryi sprzeciwiają się z jednéj strony spostrzeżenia, wykazujące, iż ciepła więcéj się wytwarza w gorączce skutkiem zwiększenia sprawy utlenienia, na co stanowi dowód zwiększenie ilości mocznika i kwasu węglowego — z drugiej strony oznaczenia kalorymetryczne, które bynajmniej nie udowadnia ą twierdzenia Traubego. Rosenthal odnosi te wyniki oznaczeń kalorymetrycznych do wadliwej metody, któréj główny błąd leży w tém, że pewien zasób ciepła w zwierzęciu badanem zmienia się ciągle — zwłaszcza rozłożenie tegoż ciepła ulega pewnym wahaniom — a tylko wtedy kalorymetrycznie oznaczona ilość oddawanego ciepła jest miarą ilości ciepła wytworzonego, gdy ten zasób ciepła podczas doświadczenia się nie zmienia. Autor oznaczał — ciepło zapomocą swego kalorymetru powietrznego tak na zwierzętach jak i ludziach gorączkujących w przebiegu różnych chorób. Zwierzętom wstrzykiwał: plwociny gruźlicze, ciecz ropiastą rakowatą, pyoktaninę itp. celem wywołania u nich gorączki, badając poprzód w jakich granicach waha się wyrób ciepła i oznaczając ciepłotę w odbytnicy. Wyniki licznych jego doświadczeń są następujące: 1. W okresie podnoszenia się gorączki oddawanie ciepła jest zmniejszone. 2. W tymże okresie początkowym nie można wykazać zwiększonego wytwarzania ciepła. 3. Podnoszenie się ciepłoty własnéj zwierzęcia następuje dopiero po upływie kilku godzin. 4. Pierwszym objawem działania czynników gorączkotwórczych jest zmniejszenie współczynnika wydalania ciepła (*Emissions-coëfficient*), który potém powiększa się nieco, a następnie znowu się zmniejsza. Nie wszystkie gorączki jednakowo się zachowują w tym względzie, w każdym jednak razie w okresie podnoszenia się nigdy, a na szczycie gorączki często nie ma zwiększenia wytwarzania ciepła. Przyczyny zmniejszenia oddawania ciepła przez skórę szukać musimy w nerwach naczynio-ruchowych. W okresie opadania gorączki zauważył Rosenthal zawsze znaczne zwiększenie oddawania ciepła. Oznaczeń uskuteczniających u ludzi nie ukończył autor jeszcze zupełnie, a napotykają one na wielorakie przeszkody, jak trudności dłuższego badania chorego w kalorymetrze, niemożność porównywania ekonomii ciepła przed i podczas gorączki itp. Doświadczenia z tuberkuliną Kocha, za pomocą któréj wywoływał gorączkę, i oznaczenia u chorych, doprowadziły autora do następujących wniosków: W okresie podnoszenia się gorączki jest oddawanie mniejsze, aniżeli na szczycie gorączki — a tu większe niż w okresie bezgorączkowym w rekonwalescencyi; największe oddawanie ciepła jest tak, jak u zwierząt, w okresie opadania gorączki. (*Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 32. 1891*). *Dr. Jan Opieński.*

Choroby uszne.

Szenes: **Kilka uwag o cierpieniach ucha podczas ostatniej epidemii influenzy.**

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że cierpienie uszu podczas epidemii było zawsze ostre i to przeważnie nieżytowe lub ropne zapalenie ucha środkowego.

Z 44 przypadków przez S. spostrzeganych był 3 razy nieżyt trąbki Eustachiusza. W jednym z nich istniały nader gwałtowne bóle, które znikły po usunięciu objawów nieżytowych. Ostry nieżyt jamy bębenkowej spostrzegał 8 razy. Zapalenie ucha środk. znachodziło się 28 razy. W 12 z nich istniało rozlane przekrwienie jamy bęb., które w 7 ustąpiło po zastosowaniu pijawek i kropli 15% karbolgliceryny, w 5 przyszło do ropienia mimo takiego leczenia. 16 przypadków przedstawiło się już z ropieniem, które ustąpiło po przestrzykiwaniach ucha wodą kreolinową, już to po przepłukiwaniach jamy bęb. 0. 75% roztworem soli kuchennéj lub 4% roztworem kwasu borowego, w innym razie po wdmuchiwaniu sproszkowanego kw. borowego. W 5 przypadkach przyłączył się do przedziurawienia błony bęb. ostry wyprysk ucha i małżowiny, który ustąpił po zastosowaniu 2% maści kreolinowéj. W 4 przypadkach wyrostek sutkowy był także zajęty, wyleczenie jednak nastąpiło po zastosowaniu energicznego leczenia przeciwzapalnego. Z ciekawych przypadków podnosi autor przypadek ropnego zapalenia ucha środk. ostrego, do którego dołączyło się zapalenie surowicze kolana, a późniéj ropień w okolicy kości krzyżowéj.

Chory wyzdrowiał zupełnie. W dwóch przypadkach istniała głuchota zupełna z szumem i zawrotem głowy, które ró-

wnież zakończyły się wyzdrowieniem. U jednego chorego z ostrem zapaleniem ucha środk. istniał równocześnie silny nieżyt jamy noso gardłowéj połączony z przewrotném uczuciem powonienia. W kilku przypadkach uważał autor podczas influenzy epidemiczne występowanie czeraka na małżowinie i w uchu zewnętrznem. (*Intern. Klin. Rundsch. N. 38. 1890*). *Dr. Spira.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lwowska Tow. lekarzy galicyjskich

VIII. Posiedzenie z d. 9 maja.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 22.

Nowy członek kol. Podlewski.

1) Kol. Wehr przedstawia a) chorego z promienicą na szyi, b) chorą z *polydaktylia*, u któréj na dużym palcu ręki na zewnątrz znajduje się dodatkowy palec. W dyskusyi przemawia kol. Krokiewicz i kol. Wehr

2) Kol. Wiczkowski w zastępstwie prof. Feigla przedstawia preparat rozległego tętniaka części wstępującéj aorty.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego, u którego z powodu *ileus* zrobił enterostomiję, a następnie operacyję plastyczną sztucznego odbytu. W dyskusyi mówią koll. Wehr, Rosenbusch i Ziembicki.

4) Kol. Świątkiewicz przedstawia trzy chore z odd. prym. kol. Krówczyńskiego, jedną z *pemphigus* a dwie z późną kiłą. Chore z kiłą przedstawia dlatego, aby z jednéj strony zwrócić uwagę na to, że zmiany te nader często spotyka się w szpitalu, z drugiéj strony dlatego, aby wskazać trudności rozpoznawcze, gdy zmiany chorobowe umiejscowione są tylko w skórze.

U pierwszéj choréj dziewczyny 19-letniéj zmianami kiłowemi zajęta jest skóra nosa, warga górna, podniebienie twarde i migdałki. Oprócz tego znajdują się blizny na tylnéj ścianie połyku, na skórze czoła i na podudziu prawem. Z wywiadów wiadomo tylko, że z 10 rodzeństwa tylko dwoje żyje, inne były albo nieżywo urodzone lub pomarły w pierwszym roku życia.

Druga chora, lat 26, wolna, od czterech lat cierpi na bóle głowy. W grudniu 1890 wystąpił ból gardła, nosa a późniéj wrzód na skórze nosa po stronie lewéj w górze. Owrzodzenie to kształtu nerkowatego, wypukłością zwrócone ku górze, po zdjęciu strupa przedstawia dno wklęsłe obłożone, a otoczone naciekiem brodawkowatym barwy wysycono czerwonej. Wrzód od dołu zabliźnia się. W gardle po stronie prawéj biała blizna, po lewéj naciek owrzodziały. Łuk przedni lewy nacieklý i owrzodziały. Na oku lewem blizna rogówki a w obu zrosty tęczówki Innych zmian chora nie przedstawia. Wywiady za dziedzicznością nie przemawiają. — Następnie uzasadnia kol. Świątkiewicz dlaczego w pierwszym przypadku stanowczo rozpoznano kiłę, mimo, iż chora przez lat wiele leczoną była na toczeń, wreszcie zwraca uwagę na brak wszelkiéj obecnie bolesności, nawet w obec istniejących rozległych owrzodzeń w gardle w drugim przypadku przedstawionym.

Kol. Rosenbusch twierdzi, że u pierwszéj przedstawionéj choréj, którą zna ze szpitala, z taką pewnością nie rozpoznawałby kiły, po pierwsze dlatego, że kilkakrotnie po miejscowem tylko leczeniu zmiany się zgoiły, po drugie, gdyby u choréj była kiła, to przy tak długiem trwaniu zmiany musiałyby być głębsze i rozleglejsze. Kol. Podlewski zapytuje, czy w tym przypadku były robione badania mikroskopowe. Kol. Krówczyński twierdzi, że na podstawie jakości zmian przedmiotowych rozpoznanie kiły było możliwem w przypadku, o którym ma wątpliwość kol. Rosenbusch, a wywiady potwierdzały rozpoznanie, wszelkie zaś wątpliwości usuwa wynik leczenia, a jakkolwiek chora dotąd jeszcze nie jest zupełnie wyleczoną, nie należy wątpić po osiągniętem bardzo znacznem polepszeniu przez leczenie przeciwkiłowe, że usunięcie wszystkich objawów z pewnością w niedalekiéj przyszłości nastąpi. Z tego właśnie względu, iż rozpoznanie nie ulegało wątpliwości, badanie mikroskopowe na prątki gruźlicze było zbytecznem. Daléj zwraca kol. Krówczyński uwagę na niemożliwość rozstrzygnięcia, czy kiła jest w tym przypadku wrodzoną, czy też nabytą. Wywiady przemawiają za kiłą wrodzoną. Następnie podnosi mnożenie się przypadków późnéj kiły u zgłaszających się do szpitala kobiet. Za przyczynę uważa nierozpoznawanie wczesnéj kiły i nieleczenie, wreszcie złe warunki higijeniczne warstw najubóższych, wśród których kiła wczesna i późna jest częstszą jak w warstwach zamożniejszych i oświeceńszych, a w części nieusprawiedliwioną obawę przed doszczętnem leczeniem rtęciowem. Mowca nie podziela jednak zdania tych lekarzy, którzy podają rtęć od pierwszéj chwili wystąpienia objawów kiły; zdaniem jego, pomijając już wielkie niekiedy trudności pewnego rozpoznania w okresie pierwotnym, już i z tego względu podawanie rtęci od początku nie wydaje mu się usprawiedliwione, bo jak doświadczenie uczy działa rtęć na objawy kiły i przez usuwanie leczy zakażenie, a jest bez wpływu albo bardzo mały wpływ wywiera na kiłę utajoną. Jak w każdéj chorobie dotykającéj cały ustrój ważnem jest hygijeniczne zachowanie się, tak samo w kile główny nacisk na nie położyć należy, tak w okresie leczenia rtęcią względnie jodem, jakoteż po tym okresie, co nie zawsze się dzieje, z krzywdą tych, którzy najchętniéj poddaliby się najsurowszym przepisom higijenicznym, byle uwolnić się od niektórych uciążliwych, a często życiu zagrażających objawów zakażenia.

W dalszéj dyskusyi przemawiali koll. Ziembicki, Godlewski, Jendl i Krówczyński.

Dr. Mukowicz, sekretarz.

IX. Posiedzenie z d. 23 maja 1891 r.

Przewodniczący kol. Ziembicki. — Obecnych członków 24.

1) Kol. Wehr przedstawia a) chorą, u któréj wskutek zranienia *nervi radialis* i następowych ztąd zmian troficznych, wytworzył się częściowy zanik i przykurczenie ręki, z powodu czego zrobił osteotomiję z korzystnym wynikiem. W dyskusyi zabierali głos koll. Ziembicki i Smutny;

b) chorą przedstawioną na poprzedniem posiedzeniu z dodatkowym palcem ręki; przy odjęciu tegoż okazało się, że nie za pomocą stawu lecz ściśle z kością *metacarpi pollicis* był złączony.

2) Kol. Świątkiewicz przedstawia trzy przypadki chorobowe a) *Leucoderma syphiliticum*, b) *Lupus verrucosus antibrachii et manus*. c) *Lues tarda hereditaria antibr. et manus*.

3) Kol. Ziembicki przedstawia chorego po herniotomii metodą Bassiniego i podnosi korzystny wynik tego sposobu operowania.

4) Kol. Bylicki mówi a) o wydarzeniu z krążkami Mayera, u dwóch chorych mianowicie wyjęcie założonych krążków stało się niemożliwem z powodu tworzenia się fałdów błony śluzowéj pochwy tak, iż dopiero po zgnieceniu tychże krążków zdołał je wydobyć: — b) o leczeniu *vaginismus*; używa w tym celu „Badespecula“, na które nakłada palce gumowe jeden na drugi, stopniowo postępując i zwiększając w ten sposób grubość *speculum*. Koll. Stroynowski i Czyżewicz mówią o podanych w tym celu przez Schrödera czopkach drewnianych. c) okazuje i poleca wyrabianą przez p. Dobrowolskiego w Krakowie z polecenia jego gazę jogoformową w postaci zwiniętych opasek.

5) Posiedzenie poufne.

Za sekretarza: *Dr. Sobolewski.*

VI. Sprawozdanie z VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich od 16 do 21 lipca 1891 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Wykład p. Zanietowskiego: Porównawcze badania pobudliwości różnych nerwów u ro-

żnych zwierząt. Dzięki metodzie w poprzednim wykładzie opisanéj istnieje możność pomiarów ilościowych pobudliwości nie tylko tego samego nerwu pod wpływem różnych czynników, ale i różnych nerwów tego samego zwierzęcia a nawet i różnych zwierząt. Badania w tym kierunku wykonane doprowadziły prelegenta do następujących wniosków: Pobudliwość u zwierząt zimnokrwistych jest większą przed snem zimowym, niż po nim. Stosunek między energiją podniety a energiją skutku jest podobny u wszystkich gatunków zwierząt. Pobudliwość różnych miejsc nerwu nie zgadza się z teoryją Pflügera, jak to już wykazał Beck.

W końcu zaprosił prelegent członków sekcyi na demonstracyję doświadczenia do sal wystawy.

Wykład dra Sawickiego: O wpływie pary chloroformu, eteru i alkoholu oraz ciepła i światła na prądy elektryczne żywych tkanek.

Pod wpływem par wymienionych prądy elektryczne odprowadzone od żywych tkanek zwierzęcych zmniejszają się; pod wpływem zaś promieni słonecznych stają się silniejszemi. Światło po wyeliminowaniu promieni cieplnych również wzmaga prądy nerwów i skóry. Badania te są z tego względu ważne, że wskazują na ogólne znaczenie bijologiczne prądów w tkankach zwierzęcych.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Posiedzenie III. dnia 18 lipca po południu.

Przewodniczący dr. Sokołowski.

I. wykład dra Karlińskiego: „O pewnych postaciach żółtaczki gorączkowéj“.

W ciągu dwóch lat podczas epidemii duru powrotnego w Hercogowinie, spostrzegał prelegent w 20 przypadkach pewną postać chorobową do duru powrotnego podobną, jednak pewne dość znaczne różnice od tegoż przedstawiającą. Choroba ta łączy się z gorączką o torze powrotnym, żółtaczką, białkomoczem, a cechuje ją obecność we krwi tworów należących do witryjonów lub spiryllów. Pasorzytów tych nie można na zwykłych pożywkach hodować, przeszczepianie ich na zwierzęta było bez skutku. Tracą one żywotność bardzo prędko; jedynie w ciele pijawek pozostają przy życiu przeszło 3 miesiące. Pomimo cech zbliżających tę chorobę do duru powrotnego, roztrzygać dr. K. nie może czy nie jestto choroba odrębna, a nie postać odmienna duru. Następuje demonstracyja odpowiednich preparatów.

Dyskusyi nad odczytem dra Karlińskiego nie było.

II. wykład dra Bujwida: „Doświadczenia z tuberkuliną na zwierzętach“.

Podawszy sposób otrzymania i własności tuberkuliny własnéj, nie różniącéj się od kochiny, przechodzi prelegent do doświadczeń wykonanych z tuberkuliną na zwierzętach. Wyniki z tych doświadczeń są następujące: Żadne zwierzę, nie wyjmując małpy, nie przedstawia takiéj wrażliwości na tuberkulinę, jak człowiek. Podczas gdy u człowieka zdrowego 0·1 wywołuje silne objawy, to w dwóch doświadczeniach królik i pies po wstrzyknięciu 10 gr. tuberkuliny prócz podwyższenia ciepłoty żadnych zaburzeń nie okazywały. — U zwierząt gruźliczych po zastrzyknięciu 0·5—1·0 tuberkuliny występuje podwyższenie ciepłoty i występują zmiany miejscowe ropnia gruźliczego, który u świnek morskich znika, u psów i małp zmniejsza się, lecz późniéj wraca do pierwotnéj wielkości.

Świnki morskie leczone wstrzykiwaniami tuberkuliny znacznie dłużéj żyją od nieleczonych, a przy sekcyi ich prócz zniknienia ropnia w miejscu szczepienia, znajdujemy zmiany gruźlicze więcéj ograniczone, a w gruzełkach małą tylko ilość prątków. Gruźlica płuc przedstawia się zwykle w postaci włóknistéj tak, iż nasuwa się myśl o przemianie sprawy ostréj w przewlekłą.

III. wykład dra Sokołowskiego p. t.: „Przyczynek do patologii spraw zapalnych migdałków“ był umieszczony w Nrze 31 „Przeglądu Lekarskiego“.

W dyskusyi nad tym wykładem zapytuje Dr. Arnstein prelegenta, czy nie zauważył częstego występowania téj choroby u osób młodszych i to u zołzowatych.

Dr. Domaniewski zaś zapytuje w jaki sposób tłomaczy prelegent, że sprawa chorobowa przy *angina follicul.*, którą prelegent uważa za identyczną z błonicą, nie szerzy się na krtań i nos.

W odpowiedzi dr. Sokołowski podaje, że spotykał *angina follicul.* tak u osób dorosłych jak i u dzieci z cechami sprawy infekcyjnéj. Anginę uważa prelegent za pseudobłonicę, kończącą się zazwyczaj pomyślnie, mogącą jednak późniéj przybrać postać prawdziwéj błonicy. Dlaczego sprawa nie szerzy się na krtań i nos, możnaby chyba tłomaczyć większą odpornością danego ustroju. Zresztą z powodu małéj dotąd liczby spostrzeżeń, zastrzega sobie mowca rozstrzyganie téj kwestyi na późniéj.

IV. wykład dra Bujwida: „Wyniki stosowania metody Pasteura w Warszawie“.

Prelegent odwołuje się do wyników przedstawionych na przedostatnim Zjeździe i wskazuje, że rezultaty teraz osiągane są jeszcze lepsze. Ogólna śmiertelność bowiem osób pokąsanych a leczonych metodą Pasteura, wynosi obecnie u dra Bujwida $^1/_4$ %, podczas gdy śmiertelność u nie leczonych przyjmuje się 5—20%. Jeszcze korzystniéj przedstawiają się wyniki, jeżeli się weźmie pod rozwagę śmiertelność u pokąsanych w twarz: podczas gdy bez leczenia śmiertelność w tych razach wynosi 60—80%, to u leczonych zaledwie wynosi 2%! Podobnie sprawa się przedstawia u pokąsanych w ręce, gdzie śmiertelność z 20% zredukowano do mniéj niż $^1/_2$ %, i u pokąsanych w nogi, gdzie na 800 przypadków żaden nie zakończył się śmiercią (śmiertelność u nieleczonych 2%). Świetne te wyniki, oraz wyniki z doświadczeń na zwierzętach muszą każdego sceptyka przekonać o skuteczności metody.

Na wniosek uczyniony przez prelegenta na ostatnim Zjeździe międzynarodowym w Berlinie uchwalono zakładać stacyje szczepienia metodą Pasteura w większych miastach. Dr. B. wnosi, aby i w Krakowie i we Lwowie podobne stacyje dla dobra ludzkości utworzono, co według doświadczenia prelegenta, nie wielkich wymaga kosztów i nakładu.

V. wykład prof. Gluzińskiego: „Dalsze spostrzeżenia nad powikłaniami ze strony narządu krążenia wśród przebiegu rzeżączki cewki moczowéj“.

Spostrzeżenia oparte na kilkunastu dalszych przypadkach uprawniają prelegenta do wniosku, że w przebiegu rzeżączki przewlekłéj podobnie jak w ostréj zjawiają się komplikacyje ze strony narządu krążenia w postaci spraw zapalnych, jak *endocarditis* lub i *pericarditis*, które to zapalenia mają nasilenie nieznaczne i dlatego nierzadko uchodzą uwagi badającego.

VI. wykład dra Puławskiego z Warszawy: „Spostrzeżenia kliniczne nad zastrzykiwaniami płynu jądrowego (metoda Brown-Sequarda)“.

Prelegent poddaje pod krytyczny rozbiór doświadczenia ogłaszane przez innych autorów i przytacza wyniki z swoich spostrzeżeń na 12 chorych, którym wstrzykiwał emulzyję z roztartych jąder, przygotowaną w pracowni dra Bujwida. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi dr. P. do wniosku, że działanie soku jądrowego opiera się jedynie na sugestyi, czego najlepszym dowodem jest fakt, że w jednym przypadku otrzymał typowe objawy opisywane przez Brown-Séquarda u chorego, któremu zamiast płynu jądrowego wstrzykiwał mleko.

W końcu posiedzenia prof. Korczyński uczynił wniosek urządzania corocznych zjazdów internistów polskich, uzasadniając potrzebę takich zjazdów szybkim rozwojem nauki lekarskiéj i wskazując na rozwój i powodzenie takich Zjazdów za granicą i zjazdu chirurgów u nas. Że zjazdy ogólne, odbywające się co 3 lata nie wystarczają, najlepszym dowodem okoliczność, iż dla braku czasu wiele prac z porządku

dziennego musiało odpaść. Nie ulega wątpliwości, że, gdy zjazdy odbywać się będą corocznie, zgłoszonych prac będzie jeszcze więcéj.

Po krótszéj dyskusyi, wniosek powyższy przez aklamacyję przyjęto i przekazano inicyjatorowi zwołanie I Zjazdu internistów.

Na wniosek prof. Korczyńskiego wybrano następnie na ten cel komisyję, w skład któréj weszli z Krakowa: proff. Korczyński i Gluziński, ze Lwowa dr. Widman, z Poznania Drowie Bętkowski i Chłapowski, z Warszawy Drowie Dunin i Sokołowski.

Na tem posiedzenie zakończono. *Dr. Beck.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dnia 2-go września 1891. Otrzymujemy następujące pismo: Na zgromadzeniu lekarzy powiatowych odbytem w dniu 18 lipca 1891, zapadły i uchwalone zostały jednogłośnie następujące rezolucyje:

1) Lekarze powiatowi mają odbywać corocznie zgromadzenia, celem omówienia ważnych spraw, dotyczących ich zawodu i spraw wchodzących w zakres medycyny publicznéj.

2) Celem przeprowadzenia należytéj kontroli nad zakładami krowiankowemi i dostarczania krowianki jak najlepszéj, powinien rząd urządzić zakłady krowiankowe państwowe, a dopóki takie zakłady w życie nie wejdą, lekarze powiatowi (mieszkający w siedzibie zakładów krowiankowych) powinni badać wynik szczepienia u dzieci zaszczepionych, celem wypróbowania krowianki w zakładzie krowiankowym, tudzież powinni właściciele zakładów krowiankowych na kartkach dołączanych do wysyłanéj krowianki, obok nru cielęcia i dnia zebrania krowianki, zamieszczać również imię i nazwisko dziecka zaszczepionego tą krowianką, jakoteż poświadczenie lekarza powiatowego, że wynik szczepienia był dobry.

3) Rząd powinien urządzić kursa naukowe dla lekarzy powiatowych, celem obznajamiania ich z najnowszymi postępami medycyny publicznéj za pomocą udzielenia odpowiednich subwencyj; postarać się o to, aby wszyscy lekarze powiatowi kolejno z krótkich takich kursów, urządzanych w większych odstępach czasu, skorzystać mogli. Sekretarz: *Dr. F. Obtułowicz.*

* Otrzymaliśmy właśnie zeszyt 6 i 7, III-ciéj seryi Odczytów Klinicznych, wydawanych przez Redakcyję „Gazety Lek.“ Zeszyty te obejmują rozprawę dra F. Kijewskiego: „o promienicy u człowieka“. Praktyczna nowość ogłaszania krótkich monografij zamiast wydawania dzieł tomowych, pozyskuje coraz to większe uznanie pośród lekarzy. Zamiast mozolnego ślęczenia nad dziełami obszernemi, można się w krótkim czasie rozglądnąć w kwestyjach naukowo lekarskich i poznać współczesne zapatrywania, zestawione zwięźle przez specyjalistów. To też nie dziw, że tego rodzaju wydawnictwa niemieckie cieszą się taką popularnością pośród lekarzy, że wspomnimy tylko o zbiorze Volkmanna. Tak samo popularnemi staną się niewątpliwie u nas Odczyty Kliniczne warszawskie, jakoteż rozprawy wydawane przez krakowskie Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich. Jakkolwiek odczyty warszawskie założyły sobie szerszy zakres działania, ogłaszając nawet tłomaczenia celnych prac autorów obcych, to i tutejsze wydawnictwo, o ile sądzić można z prac, które ogłoszono w roku bieżącym, okazuje się ruchliwem na tem polu i czyni rzeczywiście zadość potrzebie lekarzy praktyków. Oprócz 3 rozpraw dotąd wydanych, a mianowicie: dra Lachowicza „o gruźlicy stawów“, doc. Żuławskiego „o urojeniach“ i w liczne ilustracyje zaopatrzonéj rozprawy dra Szymkiewicza „o wyjmowaniu zębów“, znajdują się obecnie w druku: dra Biegańskiego „o stwardnieniu tętnic“ i prymaryjusza Widmanna „o zapaleniu płuc“. Gdy się uwzględni, że rozprawki te otrzymują członkowie i prenumeratorzy stowarzyszenia bezpłatnie jako premija, i że cena ich księgarska jest nader niską, przyznać trzeba, że myśl wydawania takich rozpraw była szczęśliwą, a wydawnictwu życzyć należy tylko powodzenia w tak skutecznem i praktycznem rozbudzaniu działalności literackiéj lekarzy praktyków.

* Przy zawaleniu się wieży kościelnéj w Pörtschach wydobyto z gruzów po 72 godzinach pomocnika stolarskiego żywego. Zasypany rumowiskiem przez tak długi przeciąg czasu okazywał znaczną sinicę, tętno i oddechanie zrazu znacznie upośledzone powróciło niebawem do stanu prawidłowego, tak samo jak ciepłota, która okazała się bezpośrednio po wydobyciu niższą od prawidłowéj. Zdarzenie powyższe poucza, że nawet przy takich strasznych katastrofach dokonane na czasie odgrzebanie może uwieńczyć wynik pomyślny.

* Do dnia 21-go sierpnia było w Szczawnicy 2877 osób; w Krynicy do d. 23 sierpnia 4067 osób; w Truskawcu do d. 21 sierpnia 1142 osób; w Cieplicach czeskich do d. 29 sierpnia 5985 osób.

* W tygodniu 34-ym (od 16—22 sierpnia) było w Krakowie małżeństw 6, urodzin 45, skonów 36; z tych z błonicy 3, z krztuśćca 1, z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 3, z nieżytu żołądka i jelit 8.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dr. Czesław Podgórski i dr. Maryjan Udziela, sekundaryjusze szpitala św. Łazarza w Krakowie, zostali zamianowani pierwszy prymaryjuszem szpitala, drugi lekarzem miejskim w Żywcu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 34: J. Dogiela: I. Następstwa upustu krwi, na podstawie doświadczeń Piotra Kazem-Beka. (Z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu); Z. Dmochowskiego: Kilka uwag krytycznych, dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquista. (Z pracowni chemiczno-lek. szpitali warszawskich); L. Przedborskiego: Wyniki stosowania płynu Kocha w szpitalu starozakonnych w Łodzi; L. Leszczyńskiego: Kilka spostrzeżeń nad plantacyją zębów (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: A. Stockmanna: Kilka uwag nad sprawami chorobowemi natury zołzowéj; I. Sznabla: Zależność działania leków od ich budowy chemicznéj (dok.). — W *Kronice Lek.* Nr. 8: E. Biernackiego: O gniciu w jelitach przy zapaleniu nerek i żółtaczce, razem z uwagami o normalnem gniciu kiszkowem.

W zastępstwie Redaktora: **Dr. I. Schaitter.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.